Aus der chirurgischen Abteilung des Nordwest-Sanatoriums Berlin von Prof. Dr. Hadenfeldt.

Zur klinischen Einschätzung der Hernia epigastrica im Schrifttum.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde verfasst und einer Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Berlin

vorgelegt von

Kurt Heuring

aus

Mellrichstadt / Rhön.

Tag der Promotion:
26. 4. 1940

Ilmgau-Druckerei Pfaffenhofen.

M. 67

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz
Referent: Prof. Dr. Hadenfeldt
Korreferent: Prof. Dr. Rostock

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Im Rahmen der allgemeinen Herniologie nimmt die Lehre von den Brüchen der Linea alba, in sonderheit den zwischen Nabel und Schwertfortsatz zutage tretenden sogenannten epigastrischen Brüchen, eine ganz ausgeprägte Sonderstellung ein. Das Schwergewicht der Betrachtung und Beurteilung liegt hier nicht bei Fragen der Operationstechnik und Methodik, sondern bei mehr klinischen Fragen der Symptomatologie und der operativen Heilungsmöglichkeiten, nicht um das „Wie" der Operation handelt es sich, sondern um das „Ob".

Der erste, der überhaupt auf diese Sonderform der Brüche hinwies, war Arnauld de Villeneuve (1285). Klinische Aufmerksamkeit erweckte sie zuerst, als Garangeot (1742) die H. e. als Ursache für mancherlei dunkle Magenbeschwerden anschuldigte. Die erste erfolgreiche Operation führte Maunoir (1802) in Genf aus, aber erst die Errungenschaften der Anti- und Aseptik, mit denen die ewig drohende Gefahr einer Peritonitis wesentlich eingedämmt wurde, ermöglichten ein Operieren im grösseren Stil.

Nach den anatomischen Gegebenheiten lassen sich die Hernien der linea alba, die im klinischen Sprachgebrauch einen festen einheitlichen Begriff darstellen, in 3 grosse Gruppen unterteilen. Einmal handelt es sich lediglich um präperitonales Fettgewebe, dass sich durch einen fascialen Defekt vor das Gitterwerk der linea alba drängt. Ein eigentlicher Bruch im Sinne eines Austritts von Bauchhöhleninhalt unter gleichzeitiger Ausstülpung des Peritoneums liegt also hier gar nicht vor. Auch die Bezeichnung dieser Fettbrüche als präperitonale oder subfasciale Lipome ist streng genommen nach der Definition des Lipoms als einer echten Geschwulst eine Irreführung, da diesen Gebilden die Tendenz zu verdrängendem Wachstum ebenso fehlt, wie eine eigene bindegewebige Kapsel. Die feine Hülle, die das Lipom überzieht, und die eine solche Kapsel vortäuscht und dadurch eine Verschmelzung mit dem subcutanen Fettgewebe verhindert, ist nach den Feststellungen Melchiors nichts anderes als eine Vorstülpung der fasc. transv. abdom. Die Abhandlungen älterer Autoren lassen wohl manchmal eine Verwechslung dieser feinen und dünn ausgezogenen Fascienvorstülpung mit dem Peritoneum annehmen und sinngemäss wird dann das eingeschlossene präperitoneale Fettgewebe als Netz angesprochen, das mit dem vermeintlichen Bruchsack ganz fest verwachsen sei. Aus diesem Irrtum erklärt sich wohl auch der hohe prozentuale Unterschied zwischen älteren und neueren Statistiken über das Vorliegen von Netz im Bruchsack.

Eine Art Initialstadium einer echten Hernie stellt dann die hernie en pointe dar, das heisst ein präperitoneales Lipom, das einen peritoneal- Zipfel oder-Trichter hinter sich ausgezogen hat, der gegebenenfalls bei der Operation durch gelinden Zug am Lipom leicht nachzuweisen ist.

Die Gruppe der echten Hernien der linea alba hat einen regulären peritonealen Bruchsack, der meist vor sich her einen Fettpropf durch das Aponeurosengitter der Linea alba geschoben hat. In der Mehrzahl der Fälle ist dieser Bruchsack überhaupt ohne Inhalt, in den übrigen Fällen findet sich zumeist adhärentes Netz als Inhalt, sodann wohl auch einmal Dickdarm, Dünndarm, oder Gallenblase, ausnahmsweise sogar einmal das lig. gastrocolicum. Ein Vorliegen von Magen oder Teilen der Magenwand im Bruchsack ist eine extreme Seltenheit und Thomann hat 1885 nur 13 solcher Fälle aus der gesamten einschlägigen Literatur sammeln können. In neuerer Zeit hat Sanazarri einen Fall beschrieben, bei dem ein Stück der vorderen Magenwand und Netz mit einer Bruchsackwand verwachsen waren. Der russische Chirurg Zmur berichtet von einem ähnlichen Fall, wo die vordere Magenwand im Bruchsack lag und der Franzose Hortolomei beschreibt die Ausstülpung eines Teiles von Magen und Dünndarm in dem Bruchsack.

Eine Sonderform stellt die Hernia oculta oder h. retrofascialis (nach Riedel) der linea alba dar, bei der es sich um das Hineinschlüpfen präperitonealen Fettgewebes zwischen das Gitternetz der l. a. handelt, also kein völliges Hindurchtreten. Napalkow weist darauf hin, dass nicht nur solch präperitoneales Fettgewebe diese h. occulta bilden kann, sondern dass auch einmal Fett und Gewebe des lig. hepato-umbilicale sich in die Taschen der hinteren Aponeurosenplatte hineindrängen können.

Um das Verhältnis der Häufigkeit zu beleuchten, in dem die einzelnen Formen der h. e. zu einander stehen, sei hier eine Statistik von Nägeli wiedergegeben, wonach von 67 Operationsfällen von h. e. 41 = 67,2 % ein präperitoneales Lipom darstellten ohne Bruchsack, 18 = 26,9 % einen Bruchsack ohne Inhalt aufwiesen, und nur 8 = 11,9 % einen Bruchsack mit Inhalt. Melchior schätzt den Anteil der präperitonealen Lipome sogar auf 90 %. Was die engere Lokalisation der Hernien der linea alba anlangt, so liegt die weitaus überwiegende Anzahl in dem zwischen Schwertfortsatz und Nabel verlaufenden Anteil der linea alba. Die zwischen Nabel und Symphyse zutage tretenden Hernien spielen demgegenüber eine durchaus untergeordnete Rolle.

Ätiologisch sei nur ganz kurz hingewiesen auf die kongenitale Anlage, die sicher in einer Reihe von Fällen ausser Zweifel steht und wo es sich um eine allgemeine Bindegewebsschwäche handelt, wobei die h. e. dann häufig noch mit anderen Brüchen kombiniert ist, oder um Störungen im Zustandekommen des ventralen Rumpfverschlusses, wie Cooper und Nelaton annehmen. Einige Autoren wie Gussynin, Plaschke u. a. machen als Hauptursache eine starke Abmagerung verantwortlich, wie sie ja auch beim Zustandekommen anderer Hernien von wichtiger, mitunter ausschlaggebender Bedeutung ist, wenn plötzliche interabdominelle Drucksteigerungen auftreten.

Ueber die akut traumatische Entstehung der h. e. gehen die Ansichten stark auseinander. Während z. B. Witzel bei 50% seiner Fälle ein Trauma verantwortlich macht, spricht Mandl von 18% und andere Autoren lehnen eine akut traumatische Entstehung überhaupt ab. Diese grosse Differenz, die in ähnlicher Weise auch bei anderen Hernien wiederkehrt, mag ihre Erklärung teilweise darin finden, dass bei Patienten, die schon vorher Träger einer H. e. waren, ohne es selbst zu wissen, durch ein Bauchtrauma die Aufmerksamkeit auf diese Region gelenkt wurde und die Hernie bei der genauen Untersuchung entdeckt und - da sie dem Patienten vorher nicht bekannt war - gleich als Folge des Traumas registriert wurde. Bei ernsthafter Kritik wird jedenfalls nur selten ein akutes Trauma, dass dann auch schon recht erheblich sein muss, für die Entstehung einer H. e. verantwortlich zu machen sein.

Dagegen wirkt die dauernd wiederholte intraabdominelle Drucksteigerung zum Beispiel beim schweren Heben, Husten, Erbrechen wie ein chronisches Trauma auf die Bauchwand, das sehr wohl imstande sein kann, eine Hernie an praeformierter Stelle zum Austritt zu bringen. Es ist dies in der Herniologie vielleicht als eine Art Parallele aufzufassen, zu Erscheinungen, wie sie uns am Knochen ebenfalls geläufig sind. Von der Marschfraktur des Infanteristen über die schweren Ellenbogengelenkveränderungen des Arbeiters am Presslufthammer bis zu der modernen Schipperkrankheit, Erscheinungen, die Magnus als Ermüdung und Zerrüttung des Knochengewebes durch dauernde kleine traumatische Impulse kennzeichnet, denen also hier eine Ermüdung und Zerrüttung des aponeurotischen Gewebes der Linea alba entspricht.

Das Symptombild der Hernien der Linea alba ist durchaus uneinheitlich. Ein Teil dieser Hernien verläuft völlig symtomlos, und eine grosse Anzahl von Hernienträgern hat überhaupt keine Ahnung von dem Vorhandensein eines Bruches. So fand zum Beispiel im

Verlauf von Reihenuntersuchungen Liniger bei 3% der Arbeiter, Plaschke bei 5% der Soldaten und Melchior gar bei 10% der Patienten einer aseptischen Männerstation eine H. e. und nur ein Teil der Untersuchten wusste von diesem Befund. Der russische Autor Tschichow hat aus einer Riesenstatistik von 129436 Fällen eine Häufigkeit von 1% errechnet. Es ist natürlich schwer, sich aus solchen Statistiken ein absolutes Bild machen zu können; denn die jeweilige Zusammensetzung der Untersuchten nach Alter, Geschlecht und Beruf macht hier Abweichungen möglich, die sonst unverständlich wären, da die H. e. bekanntlich in der weit überwiegenden Mehrzahl bei Männern im berufstätigen Alter zwischen 20 und 50 Jahren gefunden wird, speziell bei Schwerarbeitern und bei Männern etwa 10 mal häufiger als bei Frauen. Auch Thalmann hat bei Musterungsuntersuchungen von mehreren Tausend russischer Dienstpflichtiger bei 4,3% eine H. e. festgestellt, von denen 97% überhaupt keine oder nur geringfügige Beschwerden aufwiesen und nur etwa 3% über ausgeprägte Schmerzen klagten. Nun ist bei der Bewertung solcher Angaben eine gewisse psychische Komponente zu berücksichten: ein russischer Rekrut wird etwaige unangenehme Sensationen von seiten des Bauches als durchaus unbedeutend empfinden, die in gleicher Stärke bei einem sensiblen und empfindlichen Menschen unserer westlichen Länder Grund zu unendlichen Klagen geben können. Hi9 schildert ja auch in seinen Kriegserinnerungen gerade die russischen Verwundeten als die angenehmsten und dankbarsten Patienten. Sie wickelten sich in ihre Woilachs, um dann nach einigen Wochen entwender gesund daraus hervorzukriechen oder gottergeben darin zu sterben. Diese Beurteilung der ganzen Psyche des Patienten hat auch zu der Forderung geführt, bei Fällen von H. E., bei denen Verdacht auf eine stark neurotische Grundlage der Beschwerden besteht, vor dem Chirurgen zunächst einmal den Psychiater herbeizuziehen. Jedenfalls kommen die oben erwähnten Autoren Melchior, Thalmann u. a. zu dem Schluss, dass das Krankheitsbild der H. E. masslos überschätzt werde.

So hat Melchior 1921 eine umfassende Arbeit geschrieben über das ganze widerspruchsvolle Problem der H. E. Nach seiner Auffassung bleibt in den allermeisten Fällen eine H. E. völlig symptomlos, tritt also klinisch überhaupt nicht in Erscheinung. Eine Ausnahme von diesem Satz bilden die seltenen Fälle von Incarceration oder vorübergehender leichter Einklemmung sowie irreponibler Netzhernien, wo manchmal schwere gastrische Beschwerden auftreten können. Bei der schon betonten Seltenheit all dieser Vorkommnisse spielen diese Möglichkeiten praktisch kaum eine Rolle. Die grossen

dramatischen Krankheitsbilder mit schweren Koliken erscheinen Melchior „nicht als Folge des Bruchleidens, sondern als neuropathisch-funktionelle Grundlage, auf der erst die meist unverfängliche lokale Affektion sekundär die oft nur künstlich hereingetragene Bedeutung gewinnt". Die Ursache der so häufigen operativen Misserfolge liegt dementsprechend in diagnostischen Verkennungen, indem Krankheitserscheinungen fälschlich auf das Bruchleiden bezogen werden, die in Wirklichkeit einer ganz anderen Quelle, sei es organischer oder funktioneller Art, entstammen.

Auf der anderen Seite nun stellt eine jahrzentelange operative Praxis, die in vielen Fällen gerade aus der Vielgestaltigkeit und u. U. aus der Schwere des Symptombildes überhaupt erst die Berechtigung zur Operation ableitete. Gerade der Gegensatz zwischen der gänzlich unscheinbaren, meist nur erbsen- bis walnussgrossen Vorwölbung in der Bauchwand und der unendlichen Fülle der darauf bezogenen Beschwerden, - ein Gegensatz, der von den Amerikanern Sullivan und Antiput in die feste Formulierung gekleidet wurde, „je kleiner die Hernie, desto grösser die Beschwerden" - dieser Gegensatz war sicher mit ein Grund für das klinische Interesse, das die Hernie schon frühzeitig gewann.

Grob schematisch kann man bei der H. E. einen lokalen und einen viszeralen Symptomenkomplex unterscheiden. Einmal handelt es sich dabei um ziehende, stechende Schmerzen in der Bauchgegend, um ein Druckgefühl, vor allem bei körperlicher Arbeit, beim Bücken und Heben. In der Ruhe oder in gewissen Entlastungsstellungen verschwinden diese Beschwerden vielfach wieder. Eine gewisse Vorsicht ist bei Bewertung der Angaben über Druckempfindlichkeit am Platz. Melchior weist darauf hin, dass auch ohne irgendwelche krankhaften Zustände oder Prozesse ein tieferes Eindrücken im Epigastrium auch für völlig Gesunde mit einem Schmerzgefühl verbunden sein kann.

Die eigentliche klinische Interessantheit der H. E. aber ist durch die gastrischen Beschwerden bedingt, die sie verursacht. Alte französische Autoren sprechen deshalb sogar von einem Magenbruch, da sie infolge der ausgesprochenen Magenbeschwerden, die häufig vorhanden waren, einen tatsächlichen Vorfall des Magens in den Bruchsack annahmen. Die aussergewöhnliche Seltenheit dieses Vorkommnisses wurde bereits eingangs betont.

Auch damals schon wies Richter diese Auffassung mit Entschiedenheit zurück. (1785). Die Beschwerden, die einer H. E. zur Last gelegt werden, sind nach den Angaben in der Literatur von einer erstaunlichen und in manchen Fällen geradezu unwahrschein-

lichen Fülle, Vielfältigkeit und Schwere. Die Patienten klagen über Sodbrennen, saures Aufstossen, Brechreiz, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Schmerzen sowohl vor wie nach Nahrungsaufnahme, Koliken, die in Arm, Rumpf, Blase und Hoden ausstrahlen sollen; Diarrhöen kommen ebenso vor wie Obstipation und all dies wird vereinigt unter dem Bild der H. E. Es ist klar, dass bei solchen Beschwerden der Verdacht auf eine Erkrankung innerer Organe, vor allem Magen, Duodenum, Gallenblase und evt. Nieren nur zu naheliegend ist und dass durch sorgfältigste und genaueste Untersuchung mit allen modernen Hilfsmitteln eine solche Erkrankung auszuschliessen ist, bevor man berechtigt ist, diese Symptome tatsächlich auf die H. E. zu beziehen. In einer ganzen Reihe von Fällen wird das Vorhandensein eines Ulcus ventr. oder duodeni oder eines ca. das ganze Krankheitsbild verständlich machen und die H. E. ist dann nur ein gänzlich unbedeutender Nebenbefund. Ob es gestattet ist aus einem solchen Zusammentreffen von H. E. und Ulcus ein Kausalitätsverhältnis abzuleiten, erscheint zum mindesten fraglich. Eine Reihe von Autoren, wie Smidt, Mandl, Oden, Strunnikow, Teplickij, halten ein solches Verhältnis für gegeben und machen die H. E. für die Entstehung eines Ulcus verantwortlich. So werden nach Ansicht Teplickijs in Anlehnung an die Theorie Kellings die durch die H. E. erzeugten Schmerzreize durch die sensiblen Nerven über das Spinalganglion in die hinteren Wurzeln übergeleitet, von wo sie in Form eines Reflexbogens durch die vorderen Wurzeln, Rami communicantes albi zum Ganglion cöliacum und dann zum Magen gelangen sollen, wo dann nach der spasmogenen Ulcustheorie Bergmann's durch die konstante Symphaticusreizung sich das Ulcus entwickeln soll.

Der Versuch hat für solche Angaben keinerlei Anhaltspunkte ergeben. Die Amerikaner Meyer und Ivy haben bei 14 Hunden künstlich eine H. E. erzeugt und Netz darin fixiert, ohne daraus irgendwelche Störungen am Magen im Sinne eines entstehenden Ulcus oder auch nur einer Aciditätsstörung beobachten zu können. Auch die Fälle, in denen eine H. E., die keinerlei viszerale Schmerzen verursachte, operiert wurde, und nach Jahren sich ein Magenulcus entwickelte, sprechen dagegen.

Andere Autoren, z. B. Witzel, beschreiten den umgekehrten Weg und betrachten, ausgehend von der Priorität eines Magenulcus oder -ca die H. E. als Folgeerscheinung. Nach ihrer Ansicht wirkt das häufige Erbrechen bei den vielfach auch noch kachektischen Patienten als chronisches Trauma auf die Bauchwand, dem dann die H. E. ihre Entstehung verdankt.

Melchior und Anschütz, der an seiner Kieler Klinik eine grosse Zahl von H. E. beobachtete, halten dieses Zusammentreffen von Ulcus und H. E. für rein zufällig. Jedenfalls gehören all diese Fälle von organischen Magen-Darmerkrankungen nicht unter das Kapitel der durch H. E. verursachten Beschwerden und Aufgabe der Untersuchung ist es beim gleichzeitigen Bestehen solcher Erkrankungen die H. E. zu erkennen als den „Schleier", wie Capelle sagt, „unter dem sich noch ganz andere Prozesse verbergen, selbst wenn klinisch nichts auf diese hindeutet".

Ueberall da aber, wo man in Ermangelung anderer greifbarer Organerscheinungen die H. E. als Leiden sui generis betrachten muss, ist nur in einem beschränkten Teil der Fälle eine befriedigende Erklärung für den visceralen Symptomenkomplex möglich. Dass ein unmittelbarer Zug am Netz die geschilderten Symptome verursachen kann, ist leicht einzusehen, aber bei der verhältnismässig geringen Anzahl von Hernien mit adhärentem Bruchsackinhalt - in der oben erwähnten Statistik von Nägeli handelte es sich um 11,9% - erscheint diese Erklärung doch recht problematisch. Sullivan und Antupit nehmen an, dass durch Quetschung von Anastomosen der Intercostalnerven mit Phrenicus- und Splanchnicusästen in der engen Bruchpforte die Schmerzen ausgelöst werden und übernehmen damit die alte Theorie Kellings. Roth macht eine Irritation des ausgestülpten Peritoneums und seines Inhalts evt. eine lokale Peritonitis verantwortlich. Aus der Vielzahl dieser Anschauungen und Theorien geht am besten hervor, dass eine allgemein bindende und befriedigende Erklärung für alle Fälle noch nicht gefunden ist.

Die praktische Folgerung jedoch, die der Chirurg aus diesem ganzen Krankheitsbild zu ziehen hat, mit seinen so ungemein vielgestaltigen Beschwerden, lediglich hervorgerufen durch eine ganz harmlos und unscheinbar aussehende Vorwölbung im Bereich der Linea alba, erscheint zunächst denkbar klar und einfach: er entfernt diese kleine Vorwölbung, sei es nun ein Fettbruch oder ein echter Bruch, schliesst die Fascienlücke und der Patient muss damit von allen Schmerzen endgültig befreit sein. Dieser Schluss ist theoretisch unangreifbar und die alten Autoren berichten auch ganz in diesem Sinne von ihren glänzenden Erfolgen. So schreibt Lindner von der „beinahe zauberhaften" Wirkung der Operation, König von der „prompten Wirkung" und Kuttner berichtet voll Stolz, dass die Patienten „sofort beschwerdefrei" waren. Besonderes Interesse wandte man an der Kieler chirurgischen Klinik der H. E. zu und hier liegen aus den Jahren 1899-1905 drei statistische Aufstellungen vor, in denen sämtlich das unbedingte Vertrauen in die Sicherheit der operativen Methode zum Ausdruck kommt. So schreibt

Segger-Bethmann, der 6 Fälle aus den Jahren 1899 und 1900 behandelt: „Der Erfolg der Operation war stets ein prompter. Alle die Beschwerden, die jeder medikamentösen Behandlung hartnäckig getrotzt hatten, schwanden mit einem Male, sodass man für die H. E. nur eine Therapie empfehlen kann: Radikaloperation" Thies berichtet über 18 bis zum Jahr 1903 in der Klinik operierte Fälle und seine Betrachtung gipfelt in dem Schluss: „Denkbar günstigster Heilerfolg." Von diesen 18 Fällen konnten 8 nicht nachuntersucht werden und hiezu ist die Bemerkung des Verfassers besonders interessant, die besagt „man kann auch bei ihnen volle Heilung annehmen" und die unbedingte Sicherheit kennzeichnet, mit der die damalige Epoche der Frage der H. E. gegenüberstand. In einer dritten Arbeit bringt Wolff 18 Fälle aus den Jahren 1903-1905, von denen 17 nachuntersucht wurden. Hier klingt nun zum ersten Male eine leise Skepsis auf gegenüber der bisherigen Siegessicherheit. 6 Fälle waren geheilt, 6 gebessert, aber noch mit leichten Magen-Darmbeschwerden, 5 hatten noch lokalen Schmerz nach schwerer Arbeit. Doch auch hier wieder der Schluss: „Radikaloperation wohl als die beste Therapie anzusehen. Man soll die Prognose nur günstig stellen, wenn man jede andere besondere Magenkrankheit ausschliessen kann." Auch eine Reihe anderer Autoren wie Bogajewski, Green, Custom, Hirschkopf und Roth sprechen sich im gleichen günstigen Sinn über die Operationserfolge der H. E. aus. Es war die Zeit, da man im Hochgefühl der aseptischen Sicherheit operierte, man sah nur das unmittelbare durchaus günstige Operationsergebnis und war nur zu leicht geneigt und bereit, es als endgültiges Resultat und damit als vollen Erfolg zu buchen; denn mit der Entfernung des präperitonealen Lipoms und dem Schluss der Fascienlücke waren zunächst alle Beschwerden verschwunden, die Patienten machten noch ein normales Operationslager durch und verliessen nach 2-3 Wochen beschwerdefrei die Klinik. Selbst wenn für den Chirurgen der Fall damit noch nicht erledigt war, so erstreckte sich im allgemeinen doch eine evt. Nachuntersuchung nur auf die nächsten Monate und bestätigte dann zumeist das Operationsergebnis.

Der erste, der darauf hinwies, dass auch nach der gelungenen Operation zuweilen noch „hypochondrische" Beschwerden zurückblieben, war Witzel und er erhob daraus bereits 1890 die Forderung, dass einer Operation erst einmal eine genaue Magen-Darmuntersuchung vorausgehen müsse. Dann brachte Plöger im Jahr 1899 eine Veröffentlichung, welche mit ihren unerwartet schlechten Dauerheilungsresultaten die ganze bisherige wohlgefällige Selbstsicherheit erschütterte. Den grundlegenden und entscheidenden Wandel

aber in der Beurteilung des ganzen Fragenkomplexes brachte die Arbeit von Capelle im Jahr 1909 mit ihren über längere Jahre sich erstreckenden kritischen Nachuntersuchungen. Capelle legte dabei besonderen Wert auf die Feststellung, dass bei der Beurteilung endgültiger Operationsergebnisse 2 Faktoren grundsätzlich auseinanderzuhalten seien, nämlich einmal der objektive Befund am Ort der Operation, also der rein anatomische Verschluss der Bauchdecken, und das subjektive Befinden, d. h. die Beeinflussung der a. op. bestehenden Schmerzen. Es ist ja auch einleuchtend, dass eine Vernachlässigung dieses zweiten subjektiven Faktors zu Gunsten der rein objektiven Gegebenheiten zu jenen irreführend günstigen Ergebnissen führt, wie man sie vordem zu sehen gewohnt war. Capelle veröffentlichte damals 48 operierte Fälle, von denen 35 untersucht wurden. Der Entlassungsbefund aus der Klinik ergab damals bei 30 Patienten völlige Beschwerdefreiheit, bei 9 noch vorhandene geringe Beschwerden an der Operationsstelle, die sich entweder in einer gewissen Druckempfindlichkeit der Narbe oder in mehr unbestimmt drückenden und ziehenden Gefühlen im Oberbauch äusserten, also grob gesehen ein Ergebnis, das ungefähr den bis dahin geltenden Anschauungen und Erwartungen entsprach. Dieses Resultat erfuhr aber im Lauf der in den nächsten Jahren vorgenommenen Nachuntersuchungen eine erschreckende Verschiebung nach der negativen Seite hin. Von den 36 nachuntersuchten Patienten waren nur 9 als im idealen Sinne geheilt zu betrachten d. h., dass bei völlig fester lückenloser und unempfindlicher Narbe absolute Beschwerdefreiheit bestand. Von den übrigen Patienten war bei 13 das Operationsergebnis, rein anatomisch betrachtet, völlig einwandfrei, d. h. es bestand eine feste lückenlose Narbe. Bei 6 anderen hatten sich Rezidive gebildet entweder in Form von Dehiszenzen der genähten Fascienpartie oder in Form eines Wiederauftretens regulärer Fettbrüche. Bei diesen Rezidivfällen war eine Erklärung für die noch bzw. wieder bestehenden Beschwerden natürlich leicht. Unter den übrigen Fällen, wo bei äusserlich tadelloser Narbe sich trotzdem wieder Schmerzen eingestellt hatten, liessen sich 2 Gruppen unterscheiden. Bei der ersten waren die Schmerzen mehr oder weniger ausschliesslich auf die Operationsstelle lokalisiert und fanden, ihre Erklärung in irgendwelchen Mängeln der Operationstechnik, wie Verwendung von Silkwormnähten oder sekundärer Adhäsionsbildung infolge durchgreifender Naht. Bei der zweiten Gruppe bestanden typische Digestionsbeschwerden, wie Aufstossen, Erbrechen, Völlegefühl, Appetitlosigkeit etc. und Capelle fand als Ursache dieser Beschwerden Magenulcus, -ca, oder auch allgemein nervöse Störungen. Einige der Patienten, an denen eine Nach-

untersuchung nicht mehr hatte vorgenommen werden können, waren in der Zwischenzeit bereits verstorben und es stand fest, bzw. bestand begründeter Verdacht, dass sie an einem Magenca zugrundegegangen waren. Der Schluss, den Capelle aus diesen Feststellungen zog, war die Forderung bei H. E. mit ausgesprochen intestinalen Beschwerden unter allen Umständen eine ausgedehnte Probelaparotomie vorzunehmen, um damit das Bestehen organischer Magen-Darmerkrankungen sicher festzulegen. In der Zwischenzeit hat sich jedoch unsere Röntgendiagnostik in einer Weise weiterentwikkelt und verbessert, dass man die Probelaparotomie wohl nur noch in ganz seltenen, diagnostisch durchaus unklaren Fällen mit intestinalen Beschwerden wird zu Rate ziehen müssen. Trotzdem hält auch heute noch eine Reihe von Chirurgen, wie Nötzel, Hutter und Bumm eine Probelaparotomie für allgemein unerlässlich. Der grundlegende Fortschritt jedenfalls, den diese kritische Arbeit von Capelle gebracht hatte, war die Vorsicht, mit der man in der Folgezeit an die operative Indikationsstellung bei H. E. heranging, wenn die Art der Beschwerden den Verdacht auf organische oder funktionelle Magen-Darmerkrankungen nahelegten. Der in der weit überwiegenden Anzahl aller operierten Fälle bestehende durchaus günstige Zustand unmittelbar nach der Operation, auch in Fällen, wo die Beschwerden auf organischen intestinalen Störungen beruhten, findet seine Erklärung darin, dass die Schondiät, Liegekur, Ruhe, wie sie nach der Operation eingehalten werden, sich ja grossenteils mit der internen Therapie bei Gastritis und Ulcus deckt und damit durchaus zu einer vorübergehenden Ausheilung führen kann. Vielleicht spielt hier auch der postoperative Eiweisszerfall und eine Umstimmung der Körpersäfte eine günstige Rolle in der Art etwa, wie man sich die gute Wirkung von Proteinkörperinjektionen vorstellt.

Nun hätte man aber logischerweise annehmen sollen, dass infolge der durch Capelle angeregten verschärften Indikationsstellung zur Operation, infolge einer vorausgegangenen genauesten Krankheitserforschung, erschöpfender Magenfunktionsprüfung und eingehender Röntgenuntersuchungen und der durch all dies ermöglichten Ausschliessung aller etwa bestehenden Magenerkrankungen sich die Dauerresultate bedeutend hätten bessern müssen. Die Arbeiten der Kieler Klinik konnten diese Hoffnungen leider nicht bestätigen und führten zu der Feststellung, dass die Misserfolge noch einen recht hohen Prozentsatz einschlossen. Bei der Bearbeitung von Tippelskirch sind 60 operierte Fälle angeführt, bei denen nur 35 % als dauergeheilt angesprochen werden konnten. Nun war allerdings damals die grundsätzliche Trennung zwischen H. E. als selbständigem

Krankheitsbild und als unbedeutendem Nebenbefund bei bestehenden Magenerkrankungen noch nicht zur Regel geworden, sodass man ein gut Teil der Misserfolge auf das Konto dieser mangelnden klaren Festlegung wird setzen dürfen. Aber auch eine weitere Zusammenstellung G. v. Volkmanns aus den Jahren 1911-1923, der von 73 operierten Patienten bei 42 Nachkontrollen anstellen konnte, stellt trotz grösster Vorsicht bei der Indikationsstellung zur Operation noch 31 % als nicht geheilt oder sogar im Befinden verschlechtert fest. Besonders wichtig ist hiebei das Verhältnis der Fälle von H. E. mit rein lokalen Beschwerden zu den mit typischen intestinalen Symptomen einhergehenden. Bei ersteren ergibt sich in 78 % eine Heilung bzw. wesentliche Besserung, bei den dyspeptischen Fällen nur in 50 %. Bei der ersten Gruppe möchte man eigentlich eine möglichst 100 %ige Heilungsziffer erwarten; denn wenn ein solches kleines Lipom mit oder ohne Beteiligung des Peritoneums rein lokale Beschwerden verursacht, so sollte man annehmen, dass diese mit der Beseitigung des Lipoms sicher zum Verschwinden gebracht werden könnten. Aber durch das Auftreten von Wundheilungsstörungen, die sich freilich durch entsprechende Technik und Sorgsamkeit auf ein Mindestmass zurückführen lassen, sowie durch echte Rezidivbildungen wird hier nicht immer ein voller Erfolg zu erzielen sein. Ein Grund zu den Misserfolgen dieser Gruppe kann auch in Fällen liegen, wie Anschütz sie beschrieben hat, wo Patienten mit zunächst mehr lokalen Beschwerden nach der Operation typische Magenbeschwerden bekamen. Nach menschlicher Voraussicht wären diese Symptome gastrischen Charakters wohl auch ohne Operation nach längerer Zeit aufgetreten und die Patienten wären dann vielleicht zunächst intern behandelt worden Man muss wohl annehmen, dass es sich hier um periodische Schübe einer Gastritis oder Duodenitis handelt, deren Beschwerden von den Patienten zunächst in die bestehende H. E. lokalisiert werden und die in ihrer wahren Natur auch röntgenologisch in ihrem Anfangsstadium noch nicht zu erkennen sind. In solchen, freilich seltenen Fällen ist die Operation natürlich fehl am Platz und das nachherige Auftreten von Beschwerden durchaus verständlich.

Im Gegensatz zu solchen Fällen von H. E., die nur lokale Beschwerden verursachen, bieten die mit dem gastrischen Symptomenkomplex gekoppelten nach den Erfahrungen der Kieler Klinik von vornherein für die Operation nur zweifelhafte Heilungsaussichten. Volkmanns 50 %, in denen die Operation keinerlei positives Ergebnis zeitigte, werden bestätigt durch eine Arbeit von Fink, der in den Jahren 1924-1928 an 40 von 48 Operierten Nachuntersuchungen durchführte und davon 57,5 % als geheilt bzw.

wesentlich gebessert und 42,5 % als ungeheilt bezw. verschlechtert feststellte. Davon entfiel auf die Fälle mit rein lokalen Beschwerden in 72,2 % ein positives Ergebnis und auf die dyseptischen Fälle in nur 45,4 %.

Eine Veröffentlichung von Hartmann aus der Göttinger Klinik behandelt die dort in den Jahren 1899-1920 zur Operation gelangten H. E. und stellt eine Dauerheilung bei 70 % von 62 nachkontrollierten Patienten fest. Hier fehlt leider die klare Trennung in die 2 Gruppen mit rein lokalen und dyspeptischen Beschwerden, aber die Heilungsziffer von 70 % stimmt doch ganz genau mit der absoluten Prozentzahl Volkmanns überein.

Eine Statistik aus der Züricher chirurgischen Klinik klingt noch günstiger: von 23 nachuntersuchten Patienten hatten 2 Rezidive bekommen, bei 2 anderen waren die Beschwerden ungebessert, sodass man bei 19 = 82,5 % eine Dauerheilung konstatieren konnte.

An der Hamburger-Barmbecker I. chirurgischen Klinik hat Janssen eine ganze Reihe von Jahren hindurch der H. E. seine besondere Aufmerksamkeit gewidmet und dort die entsprechenden Operationen sämtlich selbst ausgeführt und die Nachuntersuchungen geleitet, sodass seine Beobachtungen aus unmittelbarer persönlicher Anschauung stammen. Zunächst weist er darauf hin, dass für die Beurteilung des Heilungsergebnisses weniger das anatomische Endresultat als vielmehr das subjektive Empfinden des Patienten massgebend ist und er führt zur Bestätigung einige Fälle an, wo nach Operation einer H. E. wieder Rezidivbildungen bezw. Neubildungen von präperitonealen Lipomen auftraten und die Patienten sich völlig wohl befanden, sodass trotz des anatomisch nicht befriedigenden Ergebnisses doch Dauerheilung konstatiert werden konnte. (Dieselben Beobachtungen machte übrigens schon Terrier 1885 und Lindenstein 1908.) Bei der entgegengesetzten Kategorie, wo trotz anatomisch einwandfreien Ergebnisses die Beschwerden keinerlei Besserung erfuhren, bezeichnet Janssen, krass ausgedrückt, diesen Misserfolg als Folge einer Fehldiagnose: „Ist das Lipom fort, müssen auch die Beschwerden fort sein, sonst ist eben nicht das Lipom die Ursache gewesen und wir haben einen Neurastheniker nutzlos operiert oder wir haben z. B. ein Magenulcus oder eine Cholecystitis übersehen und nicht der richtigen Therapie zugeführt." Zahlenmässig ausgedrückt ergibt sich aus seinem Material folgendes Bild: Von 76 Operierten wurden 50 nachuntersucht, von denen 33 = 66 % völlig beschwerdefrei waren, obwohl 8 von ihnen, wie obenerwähnt, kein anatomisch befriedigendes Resultat zeigten. Es ist dies ganz allgemein ein Hinweis darauf, dass Rezidivbildungen

nach H. E.-Operation durchaus nicht immer die Erklärung für das Weiterbestehen von Beschwerden abgeben brauchen und eine Bestätigung der Ansicht, dass eine H. E. in vielen Fällen völlig symptomlos verläuft.

Von den übrigen 34 % sind 22 % durch die Operation in ihrem subjektiven Befinden wesentlich gebessert. Besonders eindrucksvoll dokumentiert dies eine Patientin, die 18 Jahre lang an profusen Diarrhöen litt, welche mit der Operation endgültig verschwanden. Es blieben aber doch in all diesen Fällen Beschwerden hauptsächlich gastrischer Natur zurück, während die rein lokalen Schmerzen verschwunden waren. In 3 von diesen 11 Fällen darf man das unbefriedigende Heilungsergebnis vielleicht den inzwischen aufgetretenen Rezidiven zur Last legen, bei den übrigen Patienten legten die Beschwerden den Verdacht auf eine vielleicht doch übersehene Magenaffektion nahe, ohne dass jedoch diese Vermutung irgendwie gestützt werden konnte. In diesem Zusammenhang geht Janssen auch kurz auf das Verhältnis von Magenulcus und H. E. ein. Im Sinn der Theorie von Mandl und Smidt hält er einen gewissen kausalen Zusammenhang für durchaus möglich. Von dieser Vorstellung ausgehend kommt er zu dem Schluss, dass eine Heilung oder Besserung eines Ulcus durch H. E. Operation ihre Erklärung darin findet, dass eben nach Beseitigung der H. E. als des primären Uebels auch die sekundären Folgeerscheinungen, also das Ulcus zum Abklingen gebracht werden können. Es ist aber wohl gar nicht nötig zur Erklärung solcher Fälle eigens ein Kausalitätsverhältnis anzunehmen; vielmehr ist es wahrscheinlich, dass solche günstigen Ergebnisse in den internen Massnahmen begründet liegen, die sich an die Operation anschliessen, wie ja bereits oben ausgeführt wurde. Bei den restlichen 12 % seiner Statistik, bei denen die Operation die bestehenden Beschwerden nicht zu beeinflussen vermochte, hält Janssen die H. E. für einen zufälligen und zu Unrecht operierten Nebenbefund bei schwer neurasthenischen Zuständen oder organisch bedingten Leiden. Aus solchen Misserfolgen erhellt gleichzeitig die ganze diagnostische und differentialdiagnostische Schwierigkeit Beschwerden, die deutlich auf eine H. E. hinzuweisen scheinen, auch immer mit Sicherheit auf eine solche zu beziehen. Noch schwieriger wird diese Frage in den Fällen, wo eine H. E. nicht zu tasten ist und die bestehenden Beschwerden infolge des Fehlens jedes pathologischen Befundes an Magen und Gallenblase an eine H. E. interstitialis oder occulta, wie Napalkow sie nennt, denken lassen. Janssen hat auch einige solche Patienten operiert, ohne jedoch jemals eine solche interstitielle Hernie zu finden. Er kann deshalb auch die günstigen Ergebnisse Mohrs nicht bestätigen,

der nach Spaltung und Wiedervernähung der Aponeurose ein Verschwinden der Schmerzen beobachtete. Bei dem reichlich unbestimmten und vagen Kapitel der H. E occulta wird es wohl überhaupt schwer sein, zu greifbaren und sicher fundierten Ergebnissen zu gelangen, aus denen sich die Berechtigung zur Operation ableiten liesse. Bei einer anatomisch einwandfrei diagnostizierten Hernia epigastr. jedoch hält Janssen die operativen Aussichten für durchaus günstig und seine Ergebnisse von 88% Heilung bzw. weitgehender Besserung und nur 12% Misserfolgen, die sich auf Neurastheniker, Fehldiagnosen und mangelhaftes Operieren verteilen, also das Konto der H. E. an sich gar nicht belasten, sind doch recht ermutigend.

Der spanische Autor Goyena, der sich mit dem Problem der H. E. und ihrer Aetiologie ebenfalls des näheren befasst hat, macht für die Entstehung der Schmerzen eine Einzwängung des Peritoneums bzw. der im präperitenealen Gewebe verlaufenden Nervenfasern in die Lücke der Aponeurose und eine Zerrung daran verantwortlich. In der überwiegenden Anzahl handelt es sich bei seinen Patienten um „Hypostheniker", bei denen die Schmerzen hauptsächlich nach Beginn der Mahlzeit mit zunehmender Magenfüllung auftreten, während bei den „Hypersthenikern" die Beschwerden unabhängig von der Nahrungsaufnahme sich in erhöhter motorischer und und sekretorischer Erregung äussern sollen, d. h. also das sympathische ebenso wie das parasympathische Nervensystem betreffen. Goyena kommt nun aus seinen Erfahrungen heraus zu der Ueberzeugung, dass mit einer operativen Beseitigung der H. E. als der schädigenden Ursache auch die erzeugten gastrischen Wirkungen verschwinden. Er empfiehlt deshalb als Therapie die Operation mit gleichzeitiger Verabreichung interner Mittel zur Ausschaltung der begleitenden Nervenerscheinungen und zwar je nach Beteiligung des Vagus oder Sympathicus Belladonna oder Atropin bezw. Baldrian oder Eserin.

Die Amerikaner Sullivan und Antupit haben in einer Arbeit besonders auf die diagnostischen Schwierigkeiten hingewiesen, die sich für die Abgrenzung der H. E. von intraabdominalen Erkrankungen aus der weitgehenden Aehnlichkeit des Symptombildes ergeben. Während in der Literatur im allgemeinen der Nachdruck darauf gelegt wird, bei gastrischen Krankheitsbildern die H. E. zugunsten einer bestehenden Magen-Darmaffektion auszuschalten, berichten die beiden Autoren umgekehrt von 3 Fällen, von denen einmal eine Gallenblasenerkrankung diagnostiziert wurde, im andern Fall ein Ulcus oder Ca. als Ursache der Beschwerden angenommen und daraufhin operiert wurde, ohne dass die Diagnose hätte bestätigt werden können. Im dritten Fall war zweimal wegen gastri-

scher Beschwerden laparotomiert worden, ebenfalls ohne Erfolg. Es handelte sich in den beschriebenen Fällen um kleine, teilweise bloss beim Aufrechtstehen oder Husten palpable H. E. Die Patienten wurden daraufhin an ihrer Hernie operiert, die gastrischen Beschwerden verschwanden und kehrten auch in der Folgezeit nicht wieder.

Friedenwald und Morrison, Baltimore, haben das umstrittene Kapitel des Symptombildes der H. E. an Hand von 65 Fällen studiert. Ueber die Hälfte ihrer Patienten litt an sehr heftigen gastrischen Schmerzen, die sich bis zu Koliken steigerten. Einige zeigten auch ein interessantes Phänomen, das von Hall als „elektrische Klingel-Reaktion" (electric bell reaction) bezeichnet wurde, wonach bei leichtem Druck auf die Hernie sofort Aufstossen eintritt. 4 Patienten zeigten eine differentialdiagnostisch besonders interessante Anamnese. Einmal handelte es sich um einen Patienten, bei dem auf Grund von Schmerzen, Adhäsionen im Röntgenbild und Hyperacidität ein Magenulcus angenommen wurde. Eine internistische Behandlung brachte keine Besserung. Der Patient wurde daraufhin an seiner H. E. operiert, eine gleichzeitig vorgenommene Magenabtastung ergab keinen pathologischen Befund. Im Anschluss an die Operation trat völliges Wohlbefinden ein. In ähnlicher Weise war auf Grund überzeugender Symptome in den 3 anderen Fällen ein Ca. eine Erkrankung der Gallenblase und eine chronische Appendicitis diagnostiziert worden. Auch hier war die Ursache der Beschwerden eine H. E., nach deren Operation die Patienten geheilt waren und auch über keine neuerlichen Anfälle und sonstige gastrische Beschwerden mehr zu klagen hatten. Die Verfasser kommen nach ihren Beobachtungen zu dem Schluss, dass bei allen Patienten mit H. E., sofern keine ausgesprochene Kontraindikation besteht, die Radikaloperation ausgeführt werden sollte. Rückfälle in die alten Krankheitszustände kommen nach ihren Erfahrungen nur selten vor. Auch Lichty und Philipps schliessen sich dieser Beurteilung an und erklären die operativen Ergebnisse auch bei den Formen, die mit schweren gastrischen Symptomen einhergehen, für höchst zufriedenstellend. (most satisfactory.) Im Gegensatz dazu steht Gilbride auf dem Standpunkt, dass die beschriebenen Symptome in den meisten Fällen irgendwelchen anderen Krankheiten zur Last fallen, bei denen die H. E. nur einen unbedeutenden Nebenbefund darstellt.

Demgegenüber bestätigt Hinton, New York, ebenfalls die schweren gastrischen Symptome, die durch die H. E. hervorgerufen werden können und vielfach zu entsprechenden Fehldiagnosen führen. Er kommt zu dem Schluss, dass die Entfernung der Hernie angezeigt ist, sobald durch sorgfältigste Untersuchung alle an-

deren ursächlichen Möglichkeiten ausgeschaltet sind. Die operativen Erfolge sind nach seinen Erfahrungen „höchst zufriedenstellend".

Der dänische Chirurg Mikkelsen, der 43 Fälle von H. E. beobachtete, bezeichnet die Operation als einzige in Frage kommende Therapie, ist also von ihren Erfolgen sehr überzeugt. Auch der Russe Iscenko berichtet von 5 Fällen von H. E., bei denen die Operation einen guten Erfolg gezeitigt habe. Nötzel schreibt ebenfalls, „dass sehr kleine und kleinste Fettbrüche der weissen Linie erhebliche Beschwerden machen können, ohne dass ein anderes Leiden vorhanden ist, und dass diese Beschwerden schwinden, wenn der Bruch richtig operiert ist."

Aus jüngster Zeit liegt aus der Königsberger chirurgischen Klinik eine Veröffentlichung von Werner (1936) vor, in der der Verfasser zunächst auf Grund der Beobachtung an dieser Klinik den Begriff der H. E. als eines selbständigen Krankheitsbildes herausstellt. Von den 50 Patienten, über die Werner berichtet, hatten 27 mehr oder wenniger starke rein lokale Beschwerden und 18 ausgesprochen gastrische Beschwerden. Diese mit dem Magen in Zusammenhang stehenden Störungen nahmen jedoch niemals jene hochdramatischen Formen an, wie speziell von älteren Autoren der H. E. zur Last gelegt und von Kuttner als geradezu klassischer Typ der H. E. bezeichnet werden: „mit kolikartigen Schmerzen, gürtelförmig ausstrahlend um den Thorax, gegen die Wirbelsäule hin, zwischen die Schulterblätter und häufig auch in Brust und Arm, zumeilen sogar bis zum Rectum und bis zur Blase hin." Vielmehr hielten sich bei den besprochenen Fällen die visceralen Erscheinungen stets im Rahmen des Erträglichen. Die operativen Ergebnisse zeigten nun, dass von 28 Nachkontrollierten 21 kürzere oder längere Zeit nach der Operation völlig beschwerdefrei waren, während bei 7 noch geringe Schmerzen zurückgeblieben waren. Bei einer erneuten Nachuntersuchung 3—7 Jahre p. o. ergab sich eine Verschiebung des Bildes in der Art, dass jetzt nur noch 14 = 50% als völlig geheilt bezeichnet werden konnten, während 11 = 40% noch über geringe lokale Beschwerden bei angestrengter körperlicher Arbeit, sowie über zeitweilige geringe Magenbeschwerden klagten, sodass man sich also hier mit weitgehenden Besserung begnügen musste. 3 = 10% waren ungebessert. Das Gesamtergebnis von 90% Heilung bezw. Besserung ist jedenfalls derart, dass die Operation damit unbedingt gerechtfertigt erscheint.

Der Franzose Tourneux berichtet noch von 4 Fällen von H. E. die unter dem typischen Bild eines Darmverschlusses einhergingen, bei denen die Operation jedoch keine Darmeinklemmung

ergab. Der Verfasser spricht von eingeklemmten präherniösen Lipomen. Es mag dahingestellt bleiben, wie weit man bei diesen Lipomen von einer Inkarzeration überhaupt sprechen kann.

Wenn man rückschauend die zahlenmässigen Ergebnisse der einzelnen Autoren bei der Operation der H. E. miteinander in Vergleich setzt, dann muss man sich natürlich des grossen Unsicherheitsfaktors bewusst sein, der einmal in der Verwendung völliger ungleichmässiger Zahlenreihen liegt und zum anderen in den ganz verschieden langen Nachuntersuchungsfristen. Um die Frage der H. E. und ihrer operativen Heilungsmöglichkeiten einer endgültigen Klärung zuzuführen, muss es das Bestreben sein, bei möglichst grossem Untersuchungsmaterial über eine möglichst lange Reihe von Jahren Nachuntersuchungen anzustellen und diese von verschiedenen Seiten gewonnenen Ergebnisse zueinander in Beziehung zu setzen.

Wenn sich aus den hier aufgeführten Beobachtungen auch kein absoluter Maßstab ergibt, so lässt sich doch eine Linie der Entwickelung unschwer herausschälen, die sich beinahe mathematisch darstellen lässt, in Form einer Kurve. Im Anfang der Entwickelung stehen Roth, Kuttner, Wittgenstein, Bogajewski u. a. mit ihrer Ueberzeugung von der unbedingten und 100%igen Erfolgswirkung der Operation. Die H. E. ist ihnen ein Krankheitszustand, mit dem man die verschiedenartigsten und widersprechendsten Symptome erklären kann. Es liegt im Geist dieser Zeit, wenn Rehn, Mohr, Bergmann u. a. bei Schmerzen des Magen-Darmtractus zuerst nach einer H. E. fahnden. Die Reaktion auf diese Uebertreibung und auf eine gewisse Kritiklosigkeit brachte die skeptische Arbeit Capelles und darüber hinaus die Ansicht Melchiors von der fast völligen Symptomlosigkeit und klinischen Latenz der H. E. und infolgedessen von der Sinnlosigkeit einer Hernienoperation. In der neueren Zeit nun stehen Anschütz, Janssen u. a. auf dem Standpunkt, dass der H. E. durchaus der Charakter eines selbständigen Krankheitsbildes zukommt, das dementsprechend auch operativ angegangen werden kann und soll. Dabei muss man sich freilich mit einer gewissen Beschränkung in den Heilungsmöglichkeiten, vor allem bei den gastrischen Formen, auch trotz genauester vorheriger Untersuchung abfinden.

Auf eine kurze Formel gebracht, ergibt sich für die chirurgische Nutzanwendung folgendes:

1. Die H. E. kann als selbständiges Krankheitsbild auftreten und dementsprechend operativ angegangen werden.
2. Es gibt 2 Gruppen von H. E.

   a): eine Gruppe mit rein lokalen Beschwerden;

hier verspricht die Operation wenn nicht völlige Heilung, so doch weitgehende Besserung.

b): eine Gruppe mit gastrischen Beschwerden; hier sind nach Zugrundelegen in der Literatur gesammelter Erfahrungen die Heilungsaussichten mit grösster Zurückhaltung zu bewerten.

3. Häufig tritt die H. E. nur als harmloser Nebenbefund bei anderen Erkrankungen, vor allem Magen-Darmerkrankungen, auf. Die Operation ist hier sinngemäss verfehlt.

Lebenslauf.

Am 14. März 1915 wurde ich geboren zu Mellrichstadt/Rhön als Sohn des Architekten Richard Heuring und seiner Ehefrau Olga geb. Braun.

Ich besuchte 4 Jahre die Volksschule in Zeilitzheim/Ufr. und anschliessend das Alte Gymnasium in Würzburg. 1934 erlangte ich dort das Reifezeugnis.

Die 5 vorklinischen Semester absolvierte ich in München und Berlin. Im Sommersemester 1936 legte ich in Berlin die ärztliche Vorprüfung ab. Die klinischen Semester studierte ich in München, Königsberg und Berlin und legte im Sommersemester 1939 in Berlin das medizinische Staatsexamen ab.

Literaturverzeichnis

Aminev: Brüche des Nabels und der weissen Linie. Zentralorg. f. d. ges. Chir. 61, 1933.

Anschütz: Hernia epigastrica. Dtsch. Z. Chir. 225. 88.

Bass: Zur Frage der eingeklemmten Brüche der Linea alba. Zentralbl. f. Chir. 1936.

Capelle: Dauererfolge nach Operation der H. E. Bruns Beiträge 63.

Fink: Ueber H. E. Inaug. Diss. Kiel 1931.

Friedenwald and Morrison: Epigastic hernia. A consideration of its importance in the diagnosis of gastrointestinal disease. Journ. Americ. Medic. Assoc. 87, 1926.

Goyena: Magenstörungen bei epigastrischen Hernien. Zentralorg. f. Chir. 34, 1926.

Hartmann: Ueber H. E. und die Erfolge ihrer Operation auf Grund der Erfahrungen der Göttinger chir. Klinik in den Jahren 1899-1920. Inaug. Diss. Göttingen 1922.

Hinton: abdominal pain due to epigastric hernia. Americ. Medic. Journ. 1928.

Hirschkopf: Zur Radikaloperation der Hernien. Dtsch. Z Chir. 56, 1900.

Hortolomei: Bruch des Magens und Anfangsteils des Zwölffingerdarms. Zentralorg. f. Chir. 1937.

Hutter: Beitrag zu den Beziehungen zwischen epigastrischer Hernie und Erkrankungen der Bauchorgane. Zentralorg. f. Chir. 38. 1927.

Iscenko: Die Operation beim Auseinanderweichen der mm. recti resp. bei der Hernie lineae albae. Zentralorg. f. Chir. 42, 1928.

Janssen: Ueber epigastrische Lipome und Hernien. Bruns Beitr. 150.

Kelling: Ueber Entstehungen des nervösen Reizzustandes des Magens bei H. E. Wien. med. Wochenschrift 1875.

Köhl: Ueber die epigastrische Hernie. Zentralorg. f. Chir. 14, 1921.

Mandl: Die Hernien der linea alba und ihre Beziehungen zu den ulcerösen Prozessen des Magens und Duodenums. Arch. f. klin. Chir. 115.

Melchior: Die H. E. Ergebn. d. Chir. und Orthop. 13. 1931.

Meyer and Ivy: Die Beziehungen der epigastrischen Hernien zum Magengeschwür; eine klinische und experimentelle Studie. Zentralorg. f. Chir. 21, 1921.

Mikkelsen: H. E. Zentralorg. f. Chir. 69, 1934.

Naegeli: Die H. E. und das präperitoneale Lipom der linea alba in ihrer Bedeutung und Bewertung bei abdominellen Schmerzen und Störungen. Zentralbl. f. Chir. 47.

Napalkow: H. E. occulta. Arch. klin. Ch. 158.

Nötzel: Zur Operation der Brüche in der Mittellinie des Bauches oberhalb des Nabels. Epigastrische Hernien. Arch. klin. Chir. 168.

Schmidt: Die H. E., ihre Begutachtung und klinische Bedeutung. Inaug. Diss. Leipzig 1931.

Segger-Bethmann: Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der H. E. Inaug. Diss. Kiel 1900.

Schmidt: Ueber die pathologischen Beziehungen zwischen den ulcerösen Prozessen am Magen und Duodenum und den epigastrischen Hernien. Arch. klin. Chir. 120.

Sullivan and Antupit: epigasric hernia in its relation to intra-abdominal disease. Annals of. surg. 86.

Strunnikow: H. E. als ätiologisches Moment des Magen — und Duodenalulcus. Zentralorg. f. Chir. 38, 1927 und 40, 1928.

Thalmann: H. E. und ihre klinische Bedeutung. Zentralorg. f. Chir. 49, 1930.

Idem: Die Leistenbruchpfortenerweiterung, die Nabelbrüche und die Brüche der weissen Linie im militärpflichtigen Alter. Zentralorg. f. Chir. 39, 1927.

Tourneux: Die eingeklemmten präherniöser Lipome. Zentralorg. f. Chir. 12, 1921.

Vinogradov: H. E. et umbilicalis und ihr Zusammenhang mit Erkrankungen der inneren Organe. Zentralorg. f. Chir. 53, 1931.

v. Volkmann: Ueber H. E. Inaug. Diss. Kiel 1926.

Watson: Gastrointestinal symptoms and epigastric hernia. Med. Journ. a. record 119.

Werner: Ueber die H. E. als selbständiges Krankheitsbild. Inaug. Diss. Königsberg 1936.

Willemse: Die Klinik der H. E. Zentralorg. f. Chir. 28, 1924.

Zmur: Ein Fall von Mageneinklemmung in epigastrischer Hernie. Zentralorg. f. Chir. 74, 1935.